

P-2-38

当院に入院した摂食・嚥下障害患者の現状分析

下伊那赤十字病院 看護部

○飯島友里香、小澤 恵美、曾根 愛子

〈はじめに〉当院の摂食・嚥下チームでは、医師、看護師、作業療法士により構成されており、先行期から咽頭期までの評価を行っている。介入した患者の現状分析をし、評価を行った。結果、摂食・嚥下に影響があった要因として、加齢による摂食・嚥下機能の変化、筋力の低下(サルコペニア、フレイル)、認知機能の低下による影響、現疾患・既往歴による影響、内服薬による影響が見られたためここに報告する。〈方法〉57名を対象とし、認知症高齢者の日常生活自立度、栄養状態、ボジショニング等を入院前、入院時、摂食・嚥下チーム介入後、退院時で比較した。〈結果〉男性27名、女性20名、平均年齢87歳。摂食機能療法指示箋の病名は、脳卒中後遺症23名、骨髄小脳変性症1名、喉頭癌上の著名な低下1名、右上腕骨頸部骨折1名、なし31名。摂食・嚥下チーム介入時の評価場面で認められた現象として先行期19%、準備期16%、口腔期3%、咽頭期50%、その他12%。VE14件、VF12件評価。チーム介入により約割6割が食べられるようになり、肺炎を繰り返した研究対象者はいなかった。それは、摂食・嚥下チームの介入によって、根拠のある評価が行えているということである。さらに、週一回の嚥下回診の際、個別性に合わせたボジショニングや介助方法をベッドサイドに表記し、誰でも同じように介助できるようにしていることも要因である。〈考察〉今後の発展として、管理栄養士が入っていないので摂食・嚥下チームへの介入と、看護師の摂食・嚥下機能に対するアセスメント能力の向上が必要である。〈おわりに〉人間にとって食事という行為は、ただの栄養補給ではなく、QOLを高めるためにも必要なことである。食事を最期まで食べられるように、食べ方の工夫などを行い、安全に食事が摂取できるように看護技術や質の向上にも必要と考える。

P-3-1

気管支肺胞洗浄液のRT-PCRにより診断し得たインフルエンザA型ウイルス肺炎の2例

大森赤十字病院 呼吸器内科

○太田 宏樹、成澤恵理子、太田 智裕

当院にて施行した鼻腔拭い液のインフルエンザウイルス迅速検査は陰性で、気管支鏡検査を行い気管支肺胞洗浄液のRT-PCR検査により診断し得たインフルエンザA型ウイルス肺炎の2例を経験したので報告する。症例1：80歳女性。2018年1月湿性咳嗽悪化にて近医受診。インフルエンザA型ウイルス迅速検査陽性・胸部CT上すりガラス陰影を認め、当院転院となった。ペラミビル 300mg単回投与、ABPC/SBT 6g/dayを投与したが、入院第9病日の胸部CTにてすりガラス陰影の悪化を認めた。入院第13病日に気管支鏡検査を行い気管支肺胞洗浄液は軽度の淡血性であり、インフルエンザウイルスRNAのRT-PCR検査にてインフルエンザA型ウイルス陽性となったため、インフルエンザウイルス肺炎と診断した。入院第11病日の採血にてインフルエンザA型ウイルス〔H1N1〕に対する抗体価が1280倍と上昇していた(入院第27病日の採血では640倍と低下した)。ペラミビル3日間・ステロイドセミパルス療法使用により軽快した。症例2：57歳女性。2019年1月4日から咳嗽あり、7日38度の発熱・血痰・呼吸困難あり近医受診。インフルエンザA型ウイルス迅速検査陽性かつ胸部X線にて右下肺野の浸潤影を認め、当院に搬送された。入院第2病日に気管支鏡検査を施行し気管支肺胞洗浄液は軽度の淡血性であり、RT-PCRにてインフルエンザA型ウイルス陽性となったため、インフルエンザウイルス肺炎と診断した。入院第16病日にインフルエンザA型ウイルス〔H1N1〕に対する抗体価が入院時(＜10倍)から640倍と上昇していた。ペラミビル2日間・ステロイドパルス療法使用により軽快した。インフルエンザウイルス肺炎では、下気道検体を積極的に採取しインフルエンザウイルスRNAのRT-PCRを施行する事は確定診断を得る上で有用と考える。文献的考察を加えて報告する。

P-3-3

肺の組織破壊および咯血をきたした縦隔内腭仮性嚢胞の1例

旭川赤十字病院 呼吸器内科

○秋山 采慧、北村智香子、萬谷 峻史、本田 宏幸、須藤 悠太

症例は35歳、男性。X年よりアルコール性急性肺炎を繰り返し近医に通院していたが、X+7年に両側胸水を認め当科紹介となり、胸水アミラーゼ著明高値のためアルコール性慢性肺炎に伴う腭性胸水の診断となった。禁酒と消化器内科での保存的治療により胸水は自然消失し、経過観察となった。X+9年、左胸痛と咳嗽、咯血が出現し、胸部造影CT検査で右下葉にすりガラス陰影を伴う気腫性変化と肺臓から縦隔に達する嚢胞を認めたため、精査加療目的に当科入院となった。気管支鏡検査で明らかな出血源を認めず、胸腹部造影CTで脾体尾部から食道裂孔を介して縦隔内に達する多房性嚢胞を認めた。慢性肺炎による縦隔内腭仮性嚢胞を疑い、消化器内科に精査を依頼した。磁気共鳴胆管膵管造影(MRCP)と内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)より、不規則に拡張した主膵管と嚢胞の交通、脾液の肺内への漏出の所見を認め、慢性肺炎の急性増悪による縦隔内腭仮性嚢胞の診断となった。嚢胞内の減圧目的に経鼻膵管ドレナージチューブを留置し、脾外分泌抑制作用を有するオクトレオチド 200μg/日を投与した。胸腹部造影CTの再検で右下葉のすりガラス陰影は消失し、縦隔内の嚢胞は縮小を認めた。咯血の再燃なく、入院第20病日に退院となった。本症例は、縦隔内腭仮性嚢胞により肺気管支瘻を形成し、脾酵素作用により肺組織の破壊が起こり、咯血が起きたと考えられた。慢性肺炎の合併症として縦隔内腭仮性嚢胞があり、腭性胸水が生じることが知られているが、咯血をきたした症例の報告は乏しく、肺組織を破壊し気腫性変化を認めた症例の報告はなかった。貴重な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

P-2-39

NST嚥下チーム介入及び多職種連携により3食経口摂取に至った脳梗塞の1例

大分赤十字病院 リハビリテーション科部¹⁾、大分赤十字病院 脳神経内科²⁾

○原 羊一¹⁾、森 敏雄²⁾、片山 徹二²⁾

【はじめに】今回、NST嚥下チーム(以下NST)の介入と、食形態や介助手法を多職種間で決定し共有した事で3食経口摂取に至った1例を経験した。本症例を通じチーム医療の重要性を再認識した為、ここに報告する。【症例】70歳代女性。独居ADL自立。H31年3月X日左放線冠部にラクナ梗塞発症し当院入院。入院時JCSI、口唇・舌に軽度麻痺を認め発語不明瞭だが会話可能。著明な運動麻痺なし。変形と疼痛による両手指の動作障害あり。既往にリウマチ、腎機能障害、心不全。【経過】1)病日よりNST介入。初回評価時水分嚥下不良を認め『ソフト食水分禁止』から開始。2)病日以降脳梗塞増悪と共に発作性心房細動と直腸潰瘍出血を併発。JCS20～30へ低下、バイタルサインの著しい変動、構音・嚥下障害の増悪を認め、絶食管理に加え筋力訓練や経口摂取訓練等の一部リハビリを中止。状態安定に伴い15病日に嚥下造影検査(以下VF)を実施。水分の不顕性誤嚥認めるも、固形物の嚥下は姿勢調整による代償可能な事を確認。16病日よりNSTによる食事介助指導の下、病棟看護師の協力を得て全介助で『嚥下食2』を開始。同日にリハビリも再開。24病日に2回目VFを行い、全介助で『ソフト食水分トロミ』へ食形態アップ。30病日に回復期病院へ転院。【考察】本症例は脳梗塞増悪による嚥下障害に加え他疾患による絶食管理や一部のリハビリ中止期間等、複数の問題が経口摂取の支障となっていた。その為、病態に応じて早期からNSTや多職種で連携し治療方針を検討した。その結果、早期の3食経口摂取再開及び食形態アップが実現し、円滑な転院調整が行えた。以上の事から、チーム医療介入は患者のQOL向上や治療期間の短縮に繋がると考える。

P-3-2

小細胞肺癌による播種性骨髄癌腫症の1例

長岡赤十字病院 内科

○土田 拓磨、石田 晃、青木 志門、筒井 裕一、倉科 健司、沼田 由夏、古塩 純、島岡 雄一、西堀 武明、佐藤 和弘

症例は69歳男性。15本/日×49年の喫煙歴。腰痛、上肢の紫斑を主訴に近医受診。血小板減少及び全身CTにて縦隔リンパ節の腫大を認め、リンパ腫を疑われ当院紹介入院。当院での全身CTでは右肺上葉に10mmの小結節、右肺門、縦隔、両鎖骨上窩リンパ節腫大、肝転移を指摘され、血液検査ではDIC合併を認めた。悪性リンパ腫、肺癌が鑑別と考えられた。骨髄生検では正常細胞はわずかで、無数の小型類円型細胞が認められ、免疫染色でTTF-1及びCD56陽性から、小細胞癌の骨髄浸潤と診断された。以上より進展型小細胞肺癌cT1aN3M1c(骨髄、肝臓)stage4B PS3の診断となった。DIC治療と併行し原発巣に対する化学療法が必要と判断した。十分なインフォームドコンセントを行い、PS3の進展型小細胞肺癌としてsplit CDDP(20mg/m²)+ETP(60mg/m²)を開始した。血小板減少に対し連日PC輸血を行った。発熱性好中球減少症を認めたが、G-CSF、抗生剤投与で回復し、12日目でDICも改善し、血小板も回復した。2コース目以降は骨髄抑制は軽度で4コースまで施行し、治療効果はPRだった。その後経過観察したが、1次治療終了後2ヶ月足らずで、症候性の多発脳転移、縦隔リンパ節転移が出現した。全脳照射を施行した後、AMR単剤での2次化学療法1コース目を開始したが、間もなくして癌性髄膜炎を発症したBSCの方針になった。肺がん発症から約8カ月の経過で永眠された。播種性骨髄腫症は予後不良な病態であるが、早急な診断、治療の後にDICを脱することが可能であれば予後の改善が見込まれると考えられた。

P-3-4

外科的肺生検を施行した慢性過敏性肺臓炎の1例

長野赤十字病院 呼吸器内科¹⁾、長野赤十字病院 呼吸器外科²⁾、

長野赤十字病院 病理診断科³⁾

○平出 萌¹⁾、廣田 周子¹⁾、荒木 太亮¹⁾、山本 学¹⁾、増淵 雄¹⁾、倉石 博¹⁾、小山 茂¹⁾、小林 宣隆²⁾、伊藤以知郎³⁾

症例は65歳女性。数十二年来ぶどう農園を営んでいる。X年1月末より乾性咳嗽、労作時呼吸困難の増悪あり間質性肺炎の疑いで同年3月に当科紹介。血液検査で自己抗体は全て陰性もKL-6：3235U/mLと高値を認め、胸部CTで両側胸膜直下優位の網状影、モザイク陰影、すりガラス影を認めた。気管支肺胞洗浄液でリンパ球63%、CD4/8比8.6の上昇あり慢性過敏性肺臓炎が疑われたが、Raynaud症状もあり、膠原病関連間質性肺炎の可能性も否定できず、同年4月に外科的肺生検を施行。病理所見で細気管支周囲の線維化及び肉芽腫形成、多核巨細胞や好酸球浸潤を伴う所見を認め、慢性過敏性肺臓炎と診断した。その後抗原隔離による症状の改善を認め、環境調査の結果、秋冬に古い木造家屋で行われるぶどうの包装作業が原因と考えられ、臨床的にも矛盾しないと考えられた。慢性過敏性肺臓炎は特発性肺線維症との鑑別が重要であるが、線維化の進行例は時に鑑別が困難なケースがある。臨床医、放射線画像医、病理医との連携が診断のためには重要である。